DOI:10.16016/j.1000-5404.1993.01.033

修订。病毒性肝炎防治方案(试行)。中华内科杂志,1991;30(1):8
3. 毛宝龄。酸碱失衡判断的进展。四川医学,1990;11(2):95
4. 王忠平 张家骝。慢性肺心病三重型酸碱失衡的诊断探讨。临床内科杂志,1990;7(6):23
5. 冯新为主编。病理生理学:第 3 版。北京:人民卫生出版社,1990:65～87
6. Gabow PA. Disorders associated with an altered anion gap [clinical conference]. Kidney Int,1985;27:472
7. 顾长海 张瑞 罗来素。重型病毒性肝炎酸碱失衡的正确诊断——运用阴离子隙的重要性。第三军医大学学报,1990;12(2):113

(收稿:1992-03-09;修回:1992-04-17)

先天性腭裂术式的改进

金 青* 李慧增 杨 军 孙 远 史文进 (第三军医大学西南医院口腔颌面外科) 630038

先天性腭裂常规手术采用三瓣或四瓣法修复,术后以碘仿纱布覆盖整个腭部创面,戴腭扩板。我科 1980 年至 1991 年对 143 例腭裂患者采用改进的两大瓣法进行修复,术后免戴腭护板,取得满意效果,初步报告如下:

1 临床资料

143 例中男 81 例,女 62 例。年龄 3 至 25 岁。手术均采用两大瓣法,腭部双侧松弛切口创缘内填塞碘仿纱条、免戴腭护板。腭部伤口术后部分复裂或瘘孔发生 6 例。患者术后近期内语音均有明显改善。患者年龄分布及腭裂类型(表 1、2)。

表 1 患者年龄分布(岁)

	7 以下	7～10	11～15	15 以上	合计
男性	31	16	7	27	81
女性	28	9	9	16	62
合计	59	25	16	43	143

表 2 腭裂类型(裂)

	软腭	不完全	单侧完全	双侧完全	合计
男性	3	18	52	8	81
女性	3	35	22	2	62
合计	6	53	74	10	143

2 两大瓣法

2.1 单侧完全腭裂

2.1.1 切口设计(图 1a),用 11 号刀片由裂隙前端向后切开裂隙边缘,直至悬雍垂尖端。

2.1.2 松弛切口,在腭侧距牙龈缘 2mm 从单尖牙开或侧切牙向后到达上颌结节,再绕向舌腭弓外侧部切开。切口前端延长并弯向内侧与裂隙切口相连,切开粘膜、骨膜。

2.1.3 剥离粘骨膜瓣,用腭裂骨膜剥离器由外向内、由前向后将硬腭部的粘骨膜瓣掀起,直至腭大孔附近。

2.1.4 游离血管神经束,翻起粘骨膜瓣,显露腭大孔,沿腭大神经血管束两侧切开骨膜,游离出血管神经束 1.5～2.0cm,再剥离腭大孔周围粘骨膜瓣直至腭大孔后缘,则血管神经束松解,免去凿除腭大孔后壁骨质之手术步骤。

2.1.5 剥离鼻腔侧粘骨膜,用牙龈剥离器紧贴硬腭鼻腔侧腭板由前向后剥离鼻腔侧粘骨膜。

2.1.6 剪断腭腱膜、凿断翼钩突或板间劈开同常规腭裂修复术。

2.1.7 关闭裂隙创缘,待两侧鼻及口腔侧粘骨膜瓣充分游离松弛后,用 1 号丝线依次缝合鼻腔侧、软腭肌层及口腔侧粘骨膜瓣(图 1b)。

* 现在海军 422 医院口腔科

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

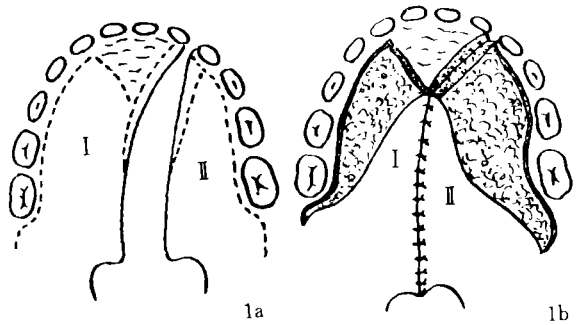


图 1a 术前切口设计　　图 1b 修复术后

2.1.8 松弛切口暴露的骨创面之处理，用碘仿纱条填塞双侧骨创面，不用碘仿纱布覆盖整个腭部创面，免戴腭护板。

2.2 双侧完全性腭裂

沿切口设计划线，先在犁骨上作"Y"形切口，剥离形成双侧犁骨粘骨膜瓣，再于裂隙两侧各作两大瓣切口，此二瓣前端直达牙槽嵴，其他手术步骤同前述，然后将双侧犁骨粘骨膜瓣翻转与两侧裂隙边缘之鼻腔侧粘骨膜瓣对位缝合，其余缝合方法及手术步骤同前述(图 2a、b)。

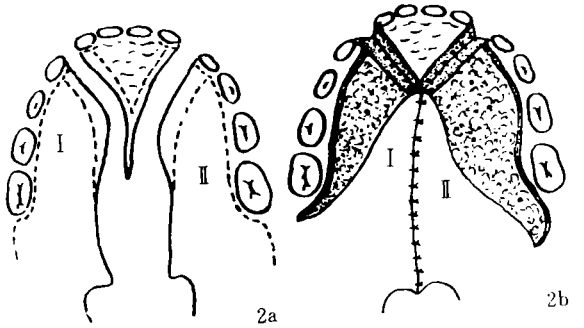


图 2a 术前切口设计　　图 2b 修复术后

2.3 改进后退法

将腭大神经血管束游离 1.5～2.0cm，不凿除腭大孔后壁骨质，不剪断鼻腔侧粘膜，使血管神经束绕过腭大孔后壁，粘骨膜瓣后退 1.0～1.5cm。

2.4 免戴腭护板的术后处理

术后 48 h 开始用 3%过氧化氢液及生理盐水清洗腭部伤口，再涂 2%红汞液，每日 2 次。患者餐后可饮少量凉开水，用 1∶5000 灭滴灵及呋喃西林液含嗽。其余处理同腭裂术后常规进行。

3 讨论

3.1 两大瓣法的优点

本法的适应症、禁忌症同常规腭裂修复术。其优点是减少手术切口；简化手术步骤；缩短手术时间；减少切口瘢痕，创面光滑平整；且出血少，据统计本组病例平均每例 150ml 左右。

3.2 改进后退法的优点

术中不凿除腭大孔后壁骨板，减少神经血管损伤机会；不剪断鼻侧粘膜、避免鼻腔侧创面裸露，不易感染，伤口愈合后瘢痕收缩少；软腭后退充分，延长0.8～1.2cm，成人可达1.5 cm，同时缩小了咽腔，而不破坏腭咽部组织结构，有效地改善了患者的语音状况。有学者[1,2]提出软腭双反向 Z 字成形术，延长软腭长度，此法虽增加软腭长度，但切口多、手术复杂，改变了软腭肌纤维方向及术后瘢痕多等不足。

3.3 免戴腭护板的优点

碘仿纱条填塞松弛切口，有利于抗感染、止血及腭部伤口的充分减张；敞开腭部创面有利于伤口观察，发现问题及时处理；免戴腭护板可避免护板后缘与软硬腭交界处伤口的磨擦创伤，也免除了制作腭护板的程序。

此改进术式及术后免戴腭护板，其术后伤口局部复裂发生率为 4.20%(6/143)，与常规腭裂术后局部复裂率 7.41%[3]、7.9%[4]相比，此法术后复裂较少。此改进术式手术操作简便，步骤少，手术时间短，出血少，术后瘢痕少。减轻了患者痛苦及经济负担，手术效果满意。本组病例近期随访，见软腭延长、咽腔缩小、语音效果良好，但其远期效果有待进一步随访研究。

关键词 腭裂/外科手术

参考文献

1. Randall P, LaRossa D, Solomon M, et al. Experi-

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

ence with the Furlow double-reversing Z-plasty for cleft palate repair. Plast and Reconstr Surg, 1986; 77:(4):569
2. Furlow LT. Cleft palate repair by double opposing Z-plasty. Plast and Reconstr Surg, 1986; 78(6):724
3. 李德伦。135 例腭裂修复术回顾分析。实用口腔医学杂志,1987;3(3):147
4. 任延方 王光和 马莲。315 例腭裂手术近期并发症的临床分析。临床口腔医学杂志,1990;6(4):222

(收稿:1992-07-08;修回:1992-11-23)

全脊髓毛细胞型星形细胞瘤 2 例尸检报告

张哉根 叶明福 王 勇 高广正 (第三军医大学新桥医院病理科) 630037

毛细胞型星形细胞瘤(Pilocytic Asrocytoma,以下简称 PA)大多发生在小脑[1,2],发生在脊髓者极少见,临床上容易误诊。我科近 15 年遇见 3 例脊髓 PA,现将 2 例尸检报告如下:

例 1 A884 男,22 岁。颈部僵硬不适 4 月加重伴全身无力 10 天。于 87 年 10 月始觉颈部不适、发僵、活动后好转。88 年 1 月从半尺高处台阶跌倒,左侧肢体着地,当时无昏迷及呕吐,能自动站起。3 天后颈僵加重,四肢无力,逐渐加重,同月 29 日收入骨科。检查发现双上肢肌力减退重于下肢,痛觉消失,触觉存在。行头颅牵行等治疗无效,病情加重,并出现瘫痪,大小便失禁。2 月 17 日转入脑外科。实验室检查:脑脊液清亮,WBC 2/mm³,蛋白 1.96g/L,氯化物 105mmol/L,Hb 14.4g/L,WBC 10×10^4/L,RBC 4.97×10^{12}/L。X 线提示脊椎明显畸形,颈椎生理弯曲消失,全身 CT 检查未发现明显病变。经抗感染及对症治疗无好转。3 月 2 日呼吸心跳停止,抢救无效。临床诊断:(1)颈髓中央综合征;(2)肿瘤压迫;(3)髓内出血。

尸检:青年男尸,身长 170cm,发育正常,营养中等,双上下肢肌肉轻度萎缩,其余未发现异常。行全脊髓及脑局部解剖。脑重 1300 克,脑回轻度变平,脑沟变浅。自延脑及脊髓交界区以下脊髓明显增粗,最大直径 2.5cm(图 1),其外周有 0.2cm 灰白色受压的脊髓带,与中间的肿瘤有界限。肿瘤组织灰白、灰红及褐色相间,质中。颈 7 以下肿瘤质软,有些区呈胶冻状,并可见囊性区。

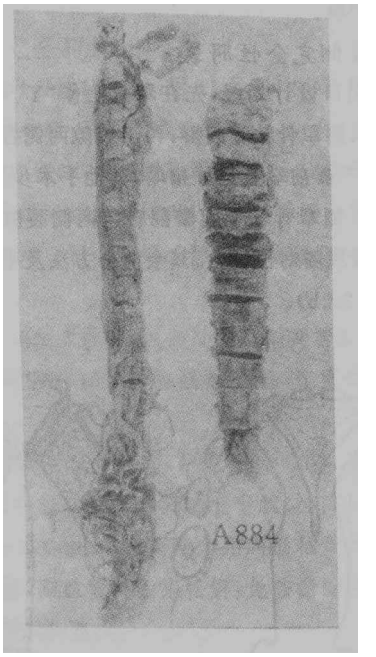


图 1 全脊髓 PA,脊髓明显增粗
左侧为正常脊髓

光镜检查:肿瘤外周为受压的正常脊髓组织,与肿瘤分界清,无包膜。瘤细胞稀疏,胞体细长,两端见毛发样细丝,无核分裂相。间质中见粘液区及大小不一的微囊,囊内为一些均质的淡染物(图 2)。肿瘤内血管丰富,内皮细胞肿胀,并见出血。可找到一些梭形、胡萝卜形的红染小体(图 3)。

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net